

L'évaluation des délinquants sexuels

Jocelyn Aubut

Volume 15, numéro 2, 1982

Criminels et psychiatrie

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/017159ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/017159ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0316-0041 (imprimé)

1492-1367 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Aubut, J. (1982). L'évaluation des délinquants sexuels. *Criminologie*, 15(2), 41–48. <https://doi.org/10.7202/017159ar>

L'ÉVALUATION DES DÉLINQUANTS SEXUELS

Jocelyn Aubut, M.D. *

Le problème de la délinquance sexuelle retient de plus en plus l'attention des intervenants impliqués à différents niveaux du processus judiciaire : évaluation pré-sentencielle, recommandations de traitement en cours d'incarcération, décisions face à une libération conditionnelle, sont autant de problèmes sur lesquels il faut émettre une opinion. Pour être éclairée, cette opinion doit être basée sur certains faits cliniques précis et vérifiables dans la mesure du possible.

À cet égard, il est primordial de rappeler que les délinquants sexuels soulèvent, tant par la nature de leur délit que par leur personnalité, des réactions contre-transférentielles qui sont souvent polarisées. En effet, ils sont parfois considérés comme des « monstres sexuels » et leur dangerosité réelle est alors surévaluée. Ou encore, à l'autre extrême, ils sont perçus comme des victimes du système (social, familial et judiciaire) et la pathologie sexuelle est alors niée.

Le problème se complique d'autant plus que la majorité des intervenants n'ont eu à peu près aucune formation théorique et encore moins clinique dans le domaine de la délinquance sexuelle. Et comment auraient-ils pu avoir une telle formation puisque, jusqu'à tout récemment, il n'existait aucun centre spécialisé dans le traitement des délinquants sexuels. Depuis quelques années cependant, on a créé de nouveaux centres, spécialisés dans le domaine de la délinquance sexuelle. De nombreux états américains se sont dotés de tels centres : Avenel au New Jersey, Connecticut, Illinois, etc. Plus près de nous, au Canada, nous avons vu apparaître des centres à Vancouver, Kingston, Sherbrooke (Docteur Pierre Gagné) et enfin une unité de 21 lits a été mise sur pied il y a 3 ans à l'Institut Philippe Pinel de Montréal.

Le présent article se veut donc un guide qui permettra aux différents intervenants d'évaluer de façon systématique les délinquants sexuels. Des contingences d'espace nous empêchent ici d'analyser l'ensemble des fondements théoriques, liés à l'élaboration de ce système d'évaluation. Rappelons cependant que ce guide est issu en partie de la revue de la littérature et reflète donc l'état actuel de la question de l'évaluation des délinquants sexuels. Parallèlement, il

* Le docteur Jocelyn Aubut, psychiatre à l'unité de traitement pour délinquants sexuels à l'Institut Philippe Pinel de Montréal.

représente l'expérience clinique et le contact quotidien de ce type de clientèle que nous évaluons et traitons depuis plus de trois ans à l'Institut Philippe Pinel de Montréal. Un guide n'est pas un absolu et doit être évidemment adapté selon chaque cas mais il permet néanmoins de vérifier certains thèmes clés et pertinents qui nous permettent de mieux comprendre l'agir sexuel délinquant et de lui donner un sens.

Le schéma d'évaluation des délinquants sexuels ressemble en plusieurs points à l'évaluation classique faite dans nombre de pathologies. Nous allons donc énumérer les différents éléments de l'évaluation tout en spécifiant pour chacun d'entre eux les caractéristiques pertinentes aux délinquants sexuels.

Schéma d'évaluation

Un schéma d'évaluation comprend l'histoire psychiatrique, les évaluations psychologique, criminologique et sexologique, la pléthysmographie pénienne et l'évaluation psychique.

Dans le cadre de l'évaluation psychiatrique, on inclut l'identification, soit le relevé du nom, de l'âge, du sexe et du statut marital du patient, ainsi que les renseignements concernant son travail. Finalement, on tient compte, il va sans dire, de la situation maritale du patient et de son implication dans le contexte de l'évaluation. Il s'agit là d'analyser l'impact de l'évaluation sur le devenir du patient, c'est-à-dire sur les possibilités de son transfert institutionnel, de son programme de sorties ou autres.

Au point de vue des antécédents pertinents, on retient les aspects médico-chirurgicaux dont l'histoire de traumatismes répétés, surtout au niveau des extrémités, les somatisations multiples, les antécédents d'obésité.

Sur le plan psychiatrique, on établit les distinctions entre les patients qui ont eu de très rares consultations pour le problème sexuel, ceux qui ont vécu des consultations souvent initiées lors de pressions légales (utilisation du traitement comme voie d'évitement des conséquences légales), des patients qui ont suivi des traitements de façon inégale, ou qui ont connu la discontinuation fréquente du traitement de leur propre initiative. On évalue également le fait de persistance, ou de non persistance de l'activité sexuelle délinquante pendant la durée du traitement.

Au niveau de l'aspect légal, il est important d'établir le profil criminel, soit entre autres, la criminalité homogène, c'est-à-dire la

constance de crimes sexuels (particulièrement chez les pédophiles), la criminalité hétérogène, c'est-à-dire des délits sexuels, mais aussi de nature économique (surtout chez les violeurs) et finalement de retracer l'évolution de la criminalité surtout en regard de l'agressivité contre la victime (exhibitionnisme, attentat à la pudeur, viol, etc.)

En ce qui a trait à l'usage de drogues et d'alcool, on examine le type de drogues dont il s'agit, le pattern de leur utilisation, sa relation avec les crimes sexuels, ou autres, ainsi qu'avec toutes les autres caractéristiques du fonctionnement du sujet.

On tient compte ensuite de l'état du patient, c'est-à-dire de sa maladie actuelle. Ceci concerne spécifiquement le délit sexuel pour lequel le patient est accusé, ou condamné. À ce chapitre, on examine le degré de préméditation, le choix de la victime selon son âge, son type morphologique, son type social, ou plus simplement le hasard. L'analyse des gestes posés à l'égard de la victime comprend le type d'attouchements sexuels, le niveau de violence manifestée, la conversation avec la victime, les menaces qui ont pu être proférées ainsi que l'attitude à l'égard de la victime après que le geste sexuel, lui-même, a été accompli, dont, par exemple, le fait que le concerné a reconduit la victime à son domicile, a demandé de la revoir, ou autres. On demande aussi au patient si son acte s'accompagnait de fantasmes, avant, pendant et à la suite du délit, on précise le type de ces fantasmes et leur existence dans le présent. L'étude des facteurs déclencheurs comprend l'alcool, les stressors psycho-sociaux, les facteurs inhibiteurs, surtout du côté de la victime, soit ses attitudes spécifiques.

Finalement, on examine le niveau de culpabilité du patient qui peut se présenter comme une victime des circonstances, ainsi que le degré de son empathie à l'égard de la victime. Il convient alors de faire attention aux réponses stéréotypées qui n'ont aucune résonance affective pour l'individu.

L'histoire personnelle, familiale et maritale complète le schéma d'évaluation. L'histoire personnelle comprend les détails relatifs aux grossesses et accouchements, le développement psychomoteur, les situations particulières à l'époque de l'enfance, dont, entre autres, l'abandon précoce, la séparation des parents, les placements en foyers nourriciers, ou encore l'existence de relations incestueuses. Il s'agit là également des questions relatives au fonctionnement scolaire du patient, comme à son travail, de son organisation de loisirs et de la vie sociale, ainsi que de ses relations avec les pairs. L'analyse

des engagements affectifs implique des détails concernant les types, les niveaux, les choix des partenaires et la durée de ces engagements. Soulignons qu'il est très important d'établir le pattern relationnel de base que le patient a établi avec ses partenaires car il aura tendance à répéter ce pattern relationnel au niveau du traitement.

Au chapitre de l'histoire familiale, on retient les relations avec les deux parents et avec la fratrie, les relations des parents entre eux, la communication et la discipline établies dans la famille et les niveaux affectifs, tels que la chaleur, l'agressivité et autres. On analyse l'histoire maritale, de façon tout aussi précise, en relevant le choix du partenaire, la période des fréquentations et les raisons invoquées pour la décision du mariage ou du concubinage. En deuxième lieu, on examine le planning familial, soit la décision d'avoir des enfants, les communications et échanges affectifs au sein du couple, la constance du patient dans le couple et les modes de prises de décisions en ce qui a trait aux problèmes quotidiens, concernant aussi bien l'argent, que les enfants, par exemple. Il est évident qu'on s'attache aussi à analyser la vie sexuelle, satisfaisante, ou insatisfaisante, le rôle du délit et son impact sur la dynamique maritale, ainsi que l'impact de l'incarcération au niveau du couple et de la famille.

Résultats obtenus

L'ensemble de nos évaluations faites sur un échantillon de patients provenant surtout du pénitencier a donné les résultats suivants. Tout d'abord, plus de la moitié (50%) des patients avaient souffert d'un abandon par l'un ou l'autre des parents avant l'âge de 5 ans. En deuxième lieu, la durée moyenne des relations affectives significatives à l'âge adulte ne dépassait pas deux ans.

Soulignons que plus de 50% de notre clientèle n'avait jamais été capable d'établir une relation spécifique, c'est-à-dire aucune relation n'avait duré plus de quelques semaines ou quelques mois.

Par ailleurs, dans la majorité des cas, on relevait une stimulation sexuelle en bas âge. Ainsi, l'inceste était présent dans l'histoire des violeurs dans une proportion de près de 40%, tandis que chez les pédophiles, on relevait une initiation sexuelle par un adulte, qui n'était pas un parent, dans une proportion de 80%.

On retrouve donc une trilogie chez un certain nombre de délinquants sexuels qui comprend :

- L'abandon précoce par l'un et/ou l'autre parent dans l'enfance.
- Une stimulation sexuelle précoce.

- Un déficit net dans les habilités sociales.

Ceci a des conséquences importantes dans le choix du délit et dans le type de relation thérapeutique établie par le patient. Nous ne pouvons pas, malheureusement, entrer ici dans les détails de cette triologie, faute d'espace, que nous préférons consacrer aux problèmes d'évaluation.

L'évaluation psychologique

Il existe une multitude de tests psychologiques qui peuvent être appliqués aux délinquants sexuels, malheureusement aucun d'entre eux n'est spécifique. Le choix des tests sera donc basé sur l'histoire clinique, mais aussi sur des critères opérationnels tels le coût, la durée et la difficulté d'analyser les résultats. Les tests que nous citons, ici sont relativement faciles d'application et fournissent des éléments pertinents :

- 1) Test d'intelligence : Weschler Adult Intelligence Scale.
- 2) Test d'assertion de soi : Rathers Assertion Scale.
- 3) Test de dépression masquée.
- 4) Test d'organicité.

Le Rorschach peut fournir des éléments intéressants concernant le type de personnalité, l'identité sexuelle ainsi que la constellation dynamique de base de l'individu. Cependant, la passation de ce test est plus onéreuse, plus longue et nécessite un intervenant spécialisé.

L'évaluation criminologique

Les principaux éléments de l'évaluation criminologique ont déjà été écrits plus haut et c'est la raison pour laquelle nous ne les énumérerons pas à nouveau ici. Cependant, soulignons qu'il est important de vérifier le type d'adaptation qu'a vécu le patient au sein du pénitencier, c'est-à-dire son intégration ou son isolement par exemple.

L'évaluation sexologique

Il est très important finalement de faire un répertoire des activités et des fantasmes sexuelles du patient ainsi que d'en tracer l'évolution en retenant les renseignements relatifs aux :

- 1) Début des activités sexuelles.
- 2) Premières expériences masturbatoires et fantasmes associées.

- 3) Premiers contacts sexuels avec des pairs, avec des adultes, hommes ou femmes.
- 4) Pratiques sexuelles : avec les partenaires occasionnels ou réguliers, choix des partenaires.
- 5) Activités sexuelles particulières : déviances ou paraphilies.
- 6) Degré de satisfaction.
- 7) Connaissances sexuelles.
- 8) Inventaire complet des fantasmes.

L'évaluation pléthysmographique

La pléthysmographie pénienne a connu une évolution fort considérable depuis la dernière décade. Nous ne pouvons ici reprendre toute cette évolution. Nous soulignerons seulement le type d'évaluation qu'il est souhaitable de faire dans les cas de délinquance sexuelle. Le principe en est fort simple : il s'agit de présenter un stimulus sexuel au patient et de mesurer son niveau d'excitation sexuelle (enregistré par le pléthysmographe pénien). Il existe trois façons de présenter les stimuli sexuels : les films, les diapositives, les cassettes. Les films génèrent la plus grande excitation, cependant ils sont difficiles à trouver et présentent une situation sexuelle complexe. Les diapositives sont plus faciles d'usage et décrivent une situation sexuelle limitée de sorte que l'interprétation des résultats est plus facile. Les cassettes décrivant un scénario sexuel qui peut être adapté selon chaque individu (cf. études de Abel) sont de plus en plus utilisées et semblent plus fiables.

Nous suggérons de construire un profil érotique du patient en le soumettant à une série de scénarios érotiques différents (cf. tableau ci-contre).

NIVEAU D'EXCITATION

PÉDOPHILE

HÉTÉROSEXUEL :

HOMOSEXUEL :

VIOL :

PÉDOPHILIE

HOMOSEXUELLE :

EXHIBITION :**HÉTÉROSEXUEL :**

Un tel profil offre des avantages indéniables tant au niveau de l'évaluation que d'identification de symptômes-cibles dans le traitement. Par exemple, un pédophile homosexuel réagira d'abord à des scènes de pédophilie homosexuelle. Par ailleurs, on peut trouver des réponses positives à l'hétérosexualité. Ceci est un indicateur qui nous permettra de développer chez lui des habilités hétérosexuelles.

Il est également important de faire verbaliser le sujet suite à la passation du test. En effet, certains patients seront capables d'élaborer assez longuement et démontreront une capacité intéressante de jouer avec leur fantasmatique qui pourra être utilisée dans le cadre d'un traitement de reconditionnement fantasmatique. D'autres, par ailleurs, ne démontreront pas cette capacité et seront fixés sur des scénarios sexuels stéréotypés, ce qui rend la modification fantasmatique plus difficile.

L'évaluation physique

Dans tous les cas, un examen physique complet s'impose lors duquel il convient d'apporter une attention particulière au système génito-urinaire. En outre, nous faisons subir aux patients une évaluation endocrinienne de la fonction sexuelle (FSH, LH, Androgènes plasmatiques).

Conclusion

Le guide que nous venons de décrire n'est sûrement pas complet mais il rassemble les éléments de base nécessaires à la compréhension de ce type de pathologie. Il peut paraître lourd et exhaustif à première vue, mais en réalité la plupart de ces renseignements peuvent être recueillis au cours d'une ou de deux entrevues.

Nous ne saurions trop rappeler que l'évaluation de ce type de clientèle est souvent teintée de facteurs de subjectivisme importants qui sont reliés au type de délits qui soulèvent une variété de réactions contre-transférentielles (horreur, dégoût, mépris, pitié), au contexte même de l'entrevue (désir de bien paraître pour obtenir un bénéfice secondaire) et enfin à la personnalité même de ces patients

(dimension caractérielle, aspect de victimisation, splitting bon vs mauvais). Les médecins doivent, en somme, tenir toujours compte de ce genre de données qui impliquent non seulement des connaissances professionnelles mais aussi une expertise basée souvent sur l'expérience clinique.

BIBLIOGRAPHIE

- ABEL, G.G., BARLOW, D.H., BLANCHARD, E.B., GUILD, D. (1977) : « The components of rapist's sexual arousal », *Archives of General Psychiatry*, vol. 34, p. 895-903.
- ABEL, G.G. et AL. (1975) : « Identifying specific erotic causes in sexual deviations by audio-taped descriptions », *Jour. of Appl. Behav. Anal.*, vol. 8, p. 247-260.
- AUBUT, J. (1981) : « Les déviations sexuelles ou paraphilies » dans : *Précis pratique de psychiatrie*, R. Duguay, H. Ellenberger et Coll., Chenelière & Stanké, Edition Maloine.
- AUBUT, J., LAMONTAGNE, Y. (1980) : « Le traitement des déviants sexuels », *Perspectives psychiatriques*, no. 77, 111.
- AUBUT, J., LAMOUREUX, B., LEBOURHIS, G. (1980) : « Le traitement des délinquants sexuels », *Cahiers Internationaux Pinel*, mai 1980, p. 21.
- AUBUT, J., MOTTARD, M. (1977) : « Les perversions sexuelles », *Présentation scientifique Pinel*.
- BANCROFT, J. (1971) : « The application of psychophysiological measures to the assessment and modification of sexual behavior », *Behav. Res.* 9, p. 119-130.
- GROTH, N. (1979) : « New who rape », *The psychology of the offender*, Plenum.